

様式第6号（第9条関係）

敦賀市特定不妊治療費（精巣内精子採取術費用）助成金交付請求書

金 額	円
-----	---

年 月 日付敦賀市指令 第 号で交付決定通知のあった  
敦賀市特定不妊治療費（精巣内精子採取術費用）助成金について、敦賀市特定不妊治療  
費助成事業実施要綱第9条の規定に基づき上記金額を請求します。

年 月 日

敦 賀 市 長 あて

請求者 住 所

氏 名

連絡先

振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合			支店
預金科目	1 普通	2 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義				